Пролетарии вс[…]

Медицинская г[…]

Среда, 4 февраля 1987 г. № 10 (4663)

ОРГАН МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР,
МИНИСТЕРСТВА МЕДИЦИНСКОЙ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ СССР
И ЦЕНТРАЛЬНОГО КОМИТЕТА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СОЮЗА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКО[…]

ЭКЗАМЕНУЕТ ПЕРЕСТРОЙКА

Перестройка — время перемен, обновления. Сегодня она стала повседневной реальностью и прочно овладевает сознанием масс. Ее первые результаты уже ощутимы на производстве, в духовной жизни общества.

Январский (1987 г.) Пленум ЦК КПСС настроил советский народ, проголосовавший за перестройку, на продолжение борьбы, закрепление и развитие позитивных сдвигов. И призвал судить о достигнутом не по словам, не по заверениям о верности идее перестройки, а по осязаемым результатам. С этих позиций можно говорить об определенном шаге вперед, сделанном здравоохранением за первый год пятилетки. Да, действительно, уменьшились потери, связанные с временной нетрудоспособностью, снизилась детская смертность, достигнуты и другие успехи.

Но это лишь самые первые шаги на большом и сложном пути перестройки отрасли. На Пленуме ЦК КПСС в полный голос сказано, что в развитии социальной сферы мы не добились еще коренных изменений и остаемся в значительной мере во власти старых подходов. Это касается и здравоохранения. Авторы писем в редакцию — врачи, ученые, организаторы — с подлинно гражданской заинтересованностью обсуждают пути и формы перестройки, решительно высказываются за ускорение ее темпов. «Давно уже ясно: надо менять систему планирования в здравоохранении, — пишет хирург Э. Яковлев из поселка Тымовское Сахалинской области. — План должен верстаться «внизу», а защищаться «наверху». А то дают нам «кафтан», мы втискиваемся в него, он же зачастую лопается — «наверху» не учли реальных условий, в которых мы работаем». Врач Е. Атаян (Степанакерт): «Выпустили хороший приказ об уменьшении «писанины». Но мы-то, врачи, облегчения не ощущаем. Пора задуматься, где и почему не срабатывает механизм управления».

Таких писем множество. И практически в каждом — мысль о недопустимости разрыва между решением и реальным действием, между признанием важности перемен и их практическим осуществлением. Теперь нужны дела и дела — так сформулировал Пленум ЦК нашей партии главную задачу дня.

Ее успешное решение будет зависеть прежде всего от живой и вдумчивой работы с кадрами, в которой важнейшая роль отводится первичным партийным организациям. Дел здесь непочатый край. Нужно избавиться от инерции, косности мышления, устаревших подходов к вопросам организации службы, воспитания людей. От формализма, способного загубить все живое на корню. Как часто руководители министерств, отделов здравоохранения, главные врачи, отчитываясь о работе с кадрами, ограничиваются перечислением различных мероприятий, планов, цифрами вынесенных взысканий! А результат? Выясняется, что жалоб меньше не стало, дело не подвинулось. А чего стоят иные сводки о руководящих кадрах, где названы разные причины освобождения от занимаемой должности... кроме одной, быть может, самой частой: не справился с работой, некомпетентен, безынициативен.

Подбор руководителей без учета идейного и нравственного уровня работника, его политической культуры, умения повести за собой людей влечет порой самые разрушительные последствия. Снижается «планка» профессиональных […]



ДЕЙСТВОВАТЬ СМ[…] ЭНЕРГИЧНО, ТВОРЧ[…]

Январский (1987 г.) Пленум ЦК КПСС определил широкий круг мер по воплощению в жизнь стратегического курса, разработанного XXVII съездом Коммунистической партии Советского Союза. Огромны по масштабам, вдохновляющи по целям, революционны по содержанию задачи, решаемые нашим народом. Они находят всестороннюю поддержку в мыслях и делах каждого советского человека. Об этом свидетельствует и редакционная почта, поступившая в эти дни.

Нужна твердость позиции

Гордость за нашу партию, вера в будущее, стремление активно участвовать в происходящих в стране позитивных переменах — эти чувства вызвал у меня и моих коллег январский Пленум ЦК КПСС.

Размышляя о перестройке нашей санитарно-эпидемиологической службы, мы видим, что сегодня самое важное — восстановление ее самостоятельности, авторитета. А для этого каждому из нас необходимо стать по-настоящему принципиальным, требовательным, отказаться от порочной практики компромиссов, когда в угоду местным руководителям санитарные врачи принимают решения, которые не всегда служат нашим общим интересам: охране здоровья людей, созданию наилучших условий труда, быта и отдыха. Чтобы поддерживать высшие интересы социалистического общества, от представителей нашей профессии требуется и отличное знание предмета, и активная гражданская позиция, и многие человеческие качества — твердость характера, честность, добросовестность.

В этом направлении мы сегодня и работаем, воспитывая людей, воюя с недостатками. Ряд скомпрометировавших себя специалистов освобожден от работы. Стали активнее использовать возможности социалистического соревнования. Сейчас деятельность краевой санэпидстанции оценивается по конечному результату. Учитывается связь между проведенными противоэпидемическими и санитарно-гигиеническими мероприятиями и снижением уровня инфекционной заболеваемости. Важными стали и пока еще не совсем привычные показатели, учитывающие инициативность в работе наших подразделений.

Перестройка рождает на всех уровнях нашей службы стремление к творчеству, к работе на совесть.

С. КУРКАТОВ,
главный государственный санитарный врач края.

Красноярск.

Престиж депутата

Идея совершенствования избирательной системы давно зрела. И то, что сказано об этом на январском Пленуме ЦК КПСС, мгновенно нашло отклик в людях. Выборы и впрямь стали носить несколько формальный характер, поэтому и общественный интерес к ним в какой-то мере спал. Коррективы, которые решено внести в избирательную систему, поднимут престиж депутата, усилят демократические начала выборов.

Одновременно, думаю, надо активизировать и самих народных депутатов. Скажу о себе, хоть опыта на этом поприще у меня не слишком много. С чем приходит избиратель на прием? В основном за помощью в делах квартирных, устройстве детей в дошкольные учреждения и крайне редко — связанных с производством, работой. Наши депутатские обязанности в глазах избирателей сводятся в основном к функции ходатаев. Наверняка в этом вина и самих депутатов. Думается, помимо участия в работе постоянных комиссий, их влияние на производственную сферу должно возрасти. Врачей-депутатов, например, надо шире привлекать к контролю за работой органов и учреждений здравоохранения.

Депутатам необходимо чаще встречаться и друг с другом, и с населением. Ведь любой обмен опытом, каждое выступление перед избирателями заставляют с большей взыскательностью относиться к своей работе.

Профессор
К. ШУКУРЯН,
депутат Верховного Совета Армянской ССР, заведующий кафедрой медицинского института.

Ереван.

Подкреплять делом

В последнее время на нашей фабрике резко возросло число трудоемких ручных операций, в то время как имеющиеся четыре механизированные поточные линии загружены не в полной мере. Есть этому простое объяснение: потребность в жидких спиртовых настойках уменьшилась, а в фасовке лечебных трав возросла. И оказалось, что это изменение конъюнктуры застало врасплох фармацевтические фабрики.

Так ли уж необходимо каждой фабрике выпускать массу наименований (у нас их 130), не лучше ли провести специализацию, позволяющую значительно облегчить труд, сделать его производительнее?

Совершенно непонятно, почему трудовые коллективы, […]

Новоселье

Новая больница вступила в строй в Волжском районе Марийской АССР.

Приблизить новоселье медикам помогли жители села Сотнур, где выросла больница. Они отработали на стройке около 900 человеко-дней.

Волжане вложили свою леп[…]

Знакомьтесь: делегат

предмета, и активная граждан-

здесь непочатый край. Нужно избавиться от инерции, косности мышления, устаревших подходов к вопросам организации службы, воспитания людей. От формализма, способного загубить все живое на корню. Как часто руководители министерств, отделов здравоохранения, главные врачи, отчитываясь о работе с кадрами, ограничиваются перечислением различных мероприятий, планов, цифрами вынесенных взысканий! А результат? Выясняется, что жалоб меньше не стало, дело не подвинулось. А чего стоят иные сводки о руководящих кадрах, где названы разные причины освобождения от занимаемой должности... кроме одной, быть может, самой частой: не справился с работой, некомпетентен, безынициативен.

Подбор руководителей без учета идейного и нравственного уровня работника, его политической культуры, умения повести за собой людей влечет порой самые разрушительные последствия. Снижается «планка» профессиональных требований, учащаются случаи нарушения трудового законодательства, неблагоприятной становится моральная атмосфера в коллективе. Многочисленным комиссиям пришлось потратить немало сил и времени, чтобы положить предел необоснованным перемещениям специалистов, имевшим место в Карельской АССР. Не слишком ли дорогая плата за низкую правовую культуру некоторых руководителей!

Желание «построже» наказать врача — далеко не всегда показатель подлинной требовательности, иногда это удобный выход из конфликтной ситуации, когда нужно быстро отрапортовать о «принятых мерах». Нравственный урон от такой кадровой «политики» трудно измерить. Как тут не вспомнить прекрасные слова, прозвучавшие на Пленуме, о том, что перестройка — это и высоко поднятое уважение к ценности и достоинству личности. В данном случае — личности врача.

Позорными для медицины были и остаются факты приписок, искажения статистических данных. Нечестность, очковтирательство непростительны, но ведь этому способствуют и некоторые действующие в отрасли критерии оценки деятельности, ориентирующие на экстенсивное, количественное развитие. Пересмотр «валовых» показателей, столь чуждых медицине, не следует откладывать. Не меньший вред порой наносят бесчисленные проверки, наезды комиссий, отвлекающие медиков от основного дела. В результате этих бумажных ревизий среди преуспевающих нередко оказываются главные врачи, умеющие пустить пыль в глаза, мастера показухи.

Порядок в доме может навести лишь человек, чувствующий себя его хозяином. Эти слова, сказанные на Пленуме, близки и понятны каждому. Как и все отрасли народного хозяйства, служба здоровья тоже нуждается в развитии демократических начал, широкой гласности. Почему бы не применить здесь — в порядке опыта — принцип выборности руководителя больницы или поликлиники, где каждый на виду и все знают цену каждому? Это лишь укрепит руководящее звено. Смелее надо выдвигать на эти должности и женщин. Это тем легче сделать, что среди работающих в отрасли они составляют большинство.

Тон в кадровой политике, конечно же, должен задавать штаб — Министерство здравоохранения СССР. В последнее время его руководители подверглись острой партийной критике за серьезные недостатки в управлении отраслью, просчеты в работе с кадрами, слабый контроль за исполнением принятых решений, за затягивание решения целого ряда неотложных проблем. Читатели, в частности, обращают внимание на непомерную длительность организационных экспериментов. «Сколько лет можно проводить эксперимент по созданию централизованных патологоанатомических бюро, чьи преимущества всем очевидны? Недоумение вызывает затянувшееся теоретизирование вокруг этого» (врач И. Паньков, Пермская область).

Недавно коллегия министерства, обсудив итоги работы в первом году пятилетки, дала принципиальную оценку негативным явлениям, замедляющим темпы перестройки. Важно, чтобы этот критический настрой не только сохранился, но и быстро дал реальные результаты. Чтобы в отрасли утвердились ленинские требования к кадрам и каждый медицинский работник сумел с честью выдержать политический экзамен на зрелость в овладении новыми формами, новым стилем работы.

Новоселье

Новая больница вступила в строй в Волжском районе Марийской АССР.

Приблизить новоселье медикам помогли жители села Сотнур, где выросла больница. Они отработали на стройке около 900 человеко-дней.

Волжане вложили свою лепту в сооружение и других объектов соцкультбыта. За минувший год здесь возведено три детских сада на 560 мест, более 40 тысяч квадратных метров жилья.

Н. ЕВСИКОВА,
соб. корр. «МГ».

Марийская АССР.

По программе «Здоровье»

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности за последние годы на Барнаульском заводе транспортного машиностроения снизилась на 6,8 процента. Этот показатель достигнут благодаря широкому комплексу проводимых лечебно-профилактических мер. К услугам рабочих шесть здравпунктов, кабинет лечебной физкультуры, медико-санитарная часть, профилакторий на 100 мест.

Укреплению здоровья способствует и создание широких возможностей заниматься физкультурой и спортом. В своем Доме физкультурника есть залы для занятий многими видами спорта.

Большое внимание администрация и профком завода уделяют рациональному питанию рабочих. В одиннадцати столовых и шестнадцати буфетах строго следят за разнообразием блюд. Организовано диетическое питание.

С помощью врачей и ученых-медиков на предприятии разработана комплексная программа «Здоровье», в которой много внимания уделено профилактике заболеваний, диспансерному наблюдению за тружениками завода.

Г. БАЛАКИН,
соб. корр. «МГ».

Барнаул.

Красноярск.

воохранения.

Знакомьтесь: делегат



В медицинское училище № 37 Севастопольского района Москвы Светлана Корнюхина поступила в 1985 году. Не понаслышке знала она, как нелегок труд врача. Мама Светланы — врач, бабушка — медсестра, ветеран войны и труда. Казалось, что в медицину и ей прямая дорога. Но не сразу поняла это Светлана. Была сначала попытка стать педагогом. Но даже когда повернулась лицом к медицине, поступила в медучилище, даже тогда не сразу осознала, что нашла именно свое дело. Поняла лишь на практике, когда реально соприкоснулась с возможностью помочь больным.

В медучилище Светлану избрали профгрупоргом. А группа оказалась «взрослой» — у многих были уже дети. Вот и пришлось Светлане заботиться о том, чтобы учебе не мешали семейные заботы. Работа в профсоюзе неожиданно дала ей то, что и будущая профессия, — реальную возможность помочь людям.

Коллектив училища сразу оценил энергичность Светланы, заботу о товарищах и доброту — ее избрали председателем профкома училища. И как порадовались, когда узнали, что она избрана делегатом XVIII съезда профсоюзов СССР!

Нелегко оправдать такое доверие в неполные двадцать лет, но в училище верят в Светлану, в то, что при любой ситуации сохранит она главное качество своей души — неравнодушие к чужой боли.

А пока у Светланы впереди последний семестр, практика, госэкзамены и выпуск. И мечта о медицинском институте. «Поступать буду на вечернее отделение, — говорит Света, — хочу работать, помогать людям».

Фото и текст
А. АБРАШИТОВА.

монтировать общежитие, чтоб в комнатах стало уютно, чтоб было где провести свободное время — интересно, с пользой. Давно планировали открыть при больнице пункты ремонта обуви и одежды, стол заказов, парикмахерскую... К 8 Марта обязательно это сделаем.

Может показаться, что я говорю о мелочах. Но ведь если облегчить женщинам быт, то и работать они будут лучше, помогут решению революционных по своему характеру задач социально-экономического развития страны, как сказано в приветствии ЦК КПСС участницам конференции.

Разум должен победить

К НОВОМУ МЫШЛЕНИЮ

«За безъядерный мир, за выживание человечества» — так называется международный форум, который скоро откроется в Москве. В нем примут участие ученые, работники искусств, религиозные деятели из различных стран мира.

— Сегодня возникла необходимость встречи ученых, работающих в различных областях науки, — сказал на пресс-конференции, которая состоялась в пресс-центре МИД СССР, руководитель инициативной группы форума вице-президент АН СССР Е. П. Велихов. — Участники встречи будут вести разговор о мире со своей профессиональной точки зрения.

Отвечая на вопрос корреспондента «МГ», какие проблемы предстоит обсудить врачам, академик Е. И. Чазов сказал:

— Прежде всего мне хотелось бы подчеркнуть, что предстоящий форум проводится не в рамках международного движения «Врачи мира за предотвращение ядерной войны». Вместе с коллегами на этой встрече нам предстоит обсудить ряд проблем, которые мы выдвигаем впервые. Это, например, вопрос формирования стереотипа врага с точки зрения медицины. В связи с этим мы пригласили для дискуссии видных психиатров, психологов, социологов. Будут заслушаны и обсуждены все точки зрения, в том числе и не совпадающие с нашими. В этом я вижу отражение нового мышления. Такой подход породит доверие.

Также важным пунктом предстоящей дискуссии будет вопрос о создании в космосе консультативного врачебного центра, который даст возможность сделать результаты научных достижений всеобщим мировым достоянием.

И конечно же, на повестке дня останутся вопросы о моратории и о медико-биологических последствиях ядерной войны.

С. СВИСТУНОВА.

В Министерстве здравоохранения СССР

СУРОВЫЙ УРОК

Коллегия Минздрава СССР рассмотрела вопрос о серьезных недостатках в работе министерства по организации закупки и использования импортного оборудования и лекарственных средств.

В последнее время Министерство здравоохранения СССР все более основательно и конструктивно берется за то, чтобы навести порядок в отрасли. Ведется большая работа по повышению ответственности каждого за порученное дело. Непременным правилом становится называть вещи своими именами, правдиво говорить, что получается, а что нет и почему. Острый, взыскательный разговор на заседании коллегии, строгое наказание виновных, конкретные меры, определенные в решении, — убедительное тому подтверждение.

Повод для разговора был на этот раз более чем острый: проверкой Комитета народного контроля СССР работы Всесоюзного объединения «Союзмедтехника», специализированного управления «Союзмедмонтажналадка», Главного аптечного управления Минздрава СССР и подведомственных им 110 учреждений вскрыты грубейшие нарушения в организации закупок и использования импортного оборудования и лекарственных препаратов, выявлено безответственное отношение к их распределению, расходованию валютных средств.

На 17 миллионов рублей лежит мертвым грузом в проверенных научных и лечебных учреждениях дорогостоящая аппаратура, на местах обнаружено почти на 30 миллионов рублей оборудования, требующего ремонта. Невероятно, но факт: при остром дефиците на запасные части к импортной технике только в пяти научно-исследовательских институтах и больницах Москвы, Ташкентской и Челябинской областях их скопилось более чем на 650 тысяч рублей.

На 3,5 миллиона рублей выявлено неиспользуемого медицинского оборудования в Узбекской ССР.

На складах и в аптеках этой же союзной республики находилось в излишках с истекающим сроком годности более чем на миллион рублей импортных лекарственных препаратов. На 190 тысяч рублей списано закупленных за рубежом медикаментов в аптечных управлениях РСФСР, на 10 тысяч — в Киргизской ССР, на 6 тысяч рублей — в Белорусской ССР. И таких примеров немало в документах народного контроля.

«Выявленные недостатки устранены, на сегодняшний день приняты следующие меры...» — нередко звучало в выступлениях на заседании многих из тех, кто несет прямую ответственность за подобную халатность, бесхозяйственность, разбазаривание народных средств. Вопрос по существу был поставлен первым заместителем министра здравоохранения СССР О. П. Щепиным, заявившим, что речь должна идти не столько о тех мерах, которые приняты после проверки (хотя и их необходимо было осуществить безотлагательно), сколько о том, почему стали возможными такие факты, как вообще могло произойти подобное.

Ведь работа той же «Союзмедтехники» не раз рассматривалась на заседаниях коллегии министерства, существуют соответствующие решения, регламентирующие порядок закупок и распределения импортного оборудования и лекарственных средств. И, наконец, серьезные недостатки в их использовании практически ежегодно вскрывались в тех или иных учреждениях комиссиями Минздрава СССР. Например, в ходе проверок ряда институтов АМН СССР в 1985 году было выявлено лежащей без движения аппаратуры в Институте хирургии имени А. В. Вишневского — на 1.248 тысяч рублей, в Институте медицинской радиологии — на 958 тысяч, Институте педиатрии — на 922 тысячи рублей. Однако подобными цифрами и сегодня пестрят документы Комитета народного контроля СССР.

(Окончание на 2-й стр.)

К порочным традициям возврата не будет — 2-я стр.

Недостаточность кровоснабжения мозга: особенности диагностики. — 3-я стр.

Уникальная операция в клинике «Папуорт» — 4-я стр.

Партийная жизнь: тактика перестройки

ОПИРАЯСЬ НА ГЛАСНОСТЬ

Перестройка. Этот процесс, охвативший все сферы нашей жизни, извне не приходит. Он должен созреть в умах людей, он связан с ростом самосознания. И, право, если бы каждый из нас всегда и в полной мере спрашивал с себя строго и со всей критичностью оглядывался на прожитый день, вряд ли в институте прием абитуриентов порой шел в обход конкурсным правилам, завышали отметки студентам, в в науку и на преподавательскую работу «проталкивали» людей отнюдь не по деловым принципам.

А такие факты, причем далеко не единичные, в нашем вузе имели место. Около трех лет назад Комитет Партийного Контроля при ЦК КПСС и бюро Дагестанского обкома партии строго осудили деятельность руководства Дагестанского медицинского института за серьезные недостатки в постановке идейно-воспитательной и учебной работы, за отклонения от партийных норм поведения. Было бы неверным считать, что сотрудники института, и прежде всего коммунисты, не понимали, что в коллективе процветали порочные традиции. Но признаемся, что брала верх зачастую позиция «моя хата с краю».

Из этого горького урока были сделаны принципиальные, конструктивные выводы.

Не стану сводить разговор о намечающихся позитивных сдвигах к перечислению защищенных за эти два года диссертаций, количества приоритетных работ, вышедших из стен института, или методических рекомендаций, переданных практическому здравоохранению. Более важным представляется остановиться на мерах, которые принимаются для оздоровления микроклимата в коллективе и создают почву для перестройки сознания людей. Как подчеркивалось на январском (1987 год) Пленуме ЦК КПСС, без укрепления морального здоровья общества нам не удастся решить задачи перестройки.

Начну со столь ответственного в жизни каждого вуза момента, как прием студентов. В наших условиях, при достаточно укоренившихся протекционизме и землячестве, нужно было воздвигнуть надежный барьер между родителями абитуриентов и теми, кто принимает экзамены. Вот уже два года мы взяли за правило привлекать к экзаменам педагогов средних школ, по нашей просьбе подбираемых в Министерстве просвещения республики. Руководство института знакомилось с этими учителями лишь в день экзаменов. Так что выйти на них ни нашим сотрудникам, ни родителям абитуриентов практически нет возможности. Перекрывая лазейки для незаконных сделок, мы стремились не только к утверждению справедливости, но и к тому, чтобы такая справедливость была прочувствована людьми как единственная норма.

Конечно, это не означает, что институт самоустранился от работы по подбору будущих студентов. Комиссия по профориентации из наших ведущих профессоров, представителей ректората и общественных организаций знакомилась с каждым поступающим и давала свои рекомендации. Симптоматично, что 87 процентов тех, кто не получил ее рекомендации, конкурс не осилили.

Ежедневно на вступительных экзаменах были представители партийных органов города. В прошлом году участвовал и депутат Верховного Совета Дагестанской АССР, знатный рабочий А. М. Муртазалиев. Это обеспечивало объективную информацию о ходе приема.

Итоги нынешних вступительных экзаменов в какой-то мере ошеломили нас. Из 1.335 поступавших 900 получили неудовлетворительные оценки. Заподозрить школьных учителей в предвзятости и непомерной требовательности вряд ли есть основания. Причина несомненно иная: низкая подготовленность абитуриентов.

Решительный бой был объявлен и процветавшей ранее в институте процентомании. В последние годы успеваемость несколько снизилась. Нет, не знания будущих врачей, а получаемые отметки. Существует четкая зависимость между успехами студентов в течение семестра и экзаменационными оценками. А у нас сплошь и рядом те, кто пропускал занятия, на семинарах и коллоквиумах получали низкие баллы, на сессиях вдруг выходили в отличники и «хорошисты». Что это, как не видимость высокой успеваемости?

Было поручено профессору А. М. Шахназарову — он в парткоме возглавляет комиссию по контролю за деятельностью администрации — сравнивать итоги каждой сессии с текущими результатами учебного процесса. Выводы широко обсуждаем на партийных и комсомольских собраниях. А на кафедрах, где такого рода несоответствия стали системой, пришлось даже кое-кого привлечь к партийной ответственности и наказать. Одного заведующего отстранили от руководства, другому объявили строгий выговор.

Такой анализ будет продолжаться. Постоянный контроль не проходит бесследно. Многие студенты уже осознали: если плохо занимаешься в течение семестра, на хорошую экзаменационную оценку не рассчитывай.

Начали мы борьбу и с таким явлением, как перетягивание с курса на курс слабо успевающих студентов. Первые два года обучения — своего рода фильтр. «Не тянет» студент — со всех точек зрения оправданнее вовремя его отчислить. В конце прошлого учебного года мы расстались с пятью первокурсниками. И такая позиция вполне соответствует духу перестройки высшей школы.

Однако проведение ее в жизнь существенно затрудняет «эффект бумеранга». Как правило, большинство исключенных через год, через несколько лет, заручившись хорошими производственными характеристиками, в институт возвращаются. Но практика убеждает: двоечник почти всегда двоечником и остается. Думаю, что к решению вопроса надо подходить с более строгими мерками. Восстанавливать не всех подряд, а лишь в исключительных ситуациях.

Существенный фактор — срок перерыва в учебе. Одно время действовало правило восстанавливать по истечении не более трех лет. Потом продлили срок до пяти лет, вслед за тем появилась новая инструкция, допускающая возвращение студента в институт и за порогом пятилетнего перерыва. Для медицинских вузов правило совершенно неприемлемое. Представим себе шестикурсника, на семь лет прервавшего образование, а у нас были такого рода примеры. Он же растерял все знания! Врача из него не выйдет. Хотелось бы, чтобы в программе перестройки высшей медицинской школы это было учтено.

Понятно, что серьезные недостатки в учебно-воспитательной работе, которые мы сейчас выправляем, связаны в первую очередь с уровнем подготовки педагогических кадров — их идейной, научной, профессиональной зрелостью. Партийные органы справедливо подвергли резкой критике Дагестанский медицинский институт за неправильный подбор кадров, за процветавшую в вузе семейственность. Увы, желание получше пристроить своих ближних и выглядеть в глазах земляков всесильными покровителями, как я уже отмечал, возобладало над партийной совестью бывших руководителей института и его партийной организации. Обстановка семейственности и приятельских отношений порождала бесконтрольность, безответственное отношение к делу. Лишь широкая гласность могла противостоять этой укоренившейся порочной практике подбора кадров.

На заседаниях парткома обсуждаем каждую кандидатуру, представляемую к избранию и переизбранию. О тех, кто хочет поступить в клиническую ординатуру, аспирантуру, обязательно интересуемся мнением комитета комсомола, студенческого научного общества. Это помимо ученых советов. И одновременно стремимся к тому, чтобы на каждое выборное вакантное место конкурировали по нескольку человек. Чтобы было из кого выбрать.

Раньше, бывало, рассуждали: голосование тайное, победит тот, кому больше повезет. Нет, конкурс — не лотерея. Члены комиссии должны нести ответственность за свои решения. Поэтому мы заслушиваем отчеты конкурсных комиссий и требуем аргументации тех или иных результатов выборов. И это тоже важный воспитательный фактор. Меньше стало попыток протащить «своих». Недавно был объявлен прием в аспирантуру на кафедру травматологии и ортопедии. На одно место претендовали двое. Объективные данные у них примерно одинаковы. Но один из конкурентов — сын нашего профессора. Общественность рекомендовала конкурсной комиссии остановиться на другом.

Конечно, не так прост этот вопрос — родственные связи в коллективе института. Механическое отсечение здесь противопоказано. В медицине преемственность профессии органична и традиционна. Очень важно уметь отделить зерна от плевел, дать дорогу на кафедру истинно талантливому человеку и перекрыть ее для малоспособных, но «своих».

На освобождающиеся вакансии ассистентов избираются прежде всего аспиранты, успешно завершившие кандидатские диссертации. Кроме того, за два года восемь человек пришли из практического здравоохранения. Кто эти люди? Представлю коротко хотя бы одного из них. Кандидат медицинских наук И. Д. Каляев. Заведовал отделением в республиканской клинической больнице, невропатолог с двадцатилетним стажем. Избран ассистентом курса неврологии факультета усовершенствования врачей.

Я думаю, ни у кого не сложится впечатление, что вот, мол, пришел новый ректор, избран новый состав парткома и все сразу встало на свои места. Так не бывает. У нас далеко не все еще ладится. Какие-то позитивные тенденции, безусловно, наметились. И сегодня, сверяя то, что уже сделано и закрепляется, с задачами, поставленными январским Пленумом ЦК КПСС, мы ясно осознаем, что находимся только на старте грандиозных, действительно революционных преобразований. Главная работа впереди.

Т. КАНТАЕВ,
секретарь парткома Дагестанского медицинского института.
Махачкала.

СУРОВЫЙ УРОК

(Окончание. Начало на 1-й стр.).

В чем же дело? «Диагноз» на заседании коллегии, думается, был поставлен точный. Минздрав СССР (заместитель министра т. Шмаков Н. М.), Всесоюзное объединение «Союзмедтехника» (начальник т. Русанов В. П.), Главное аптечное управление Минздрава СССР (начальник т. Клюев М. А.) не приняли необходимых мер по выполнению требований директивных органов по повышению государственной дисциплины и усилению режима экономии в расходовании валютных средств. Однако здесь, как и при любом заболевании, немало скрытых и явных симптомов. Участники заседания назвали их больше чем достаточно: разговор на коллегии шел открытый, порой нелицеприятный.

Отмечалось, например, что превратились в формальность уже сами заявки органов здравоохранения на закупку техники и медикаментов — удовлетворяются они от силы процентов на тридцать. К тому же ряд министерств союзных республик (например, той же Узбекской ССР) стремится заполучить и оборудование, и лекарственные препараты непременно с запасом. Заявки же при приеме должным образом не анализируются.

Немало случаев и просто самодеятельности. Так, бывший начальник отдела импорта «Союзмедтехники» т. Даваиков В. В. закупил большое количество средств измерений без проведения государственных испытаний. В результате в лечебных учреждениях страны эксплуатируется значительное количество приборов, не допущенных к применению Госстандартом СССР. В обход главных специалистов министерства, без какого-либо согласования с ними, производило закупки импортных препаратов Главное аптечное управление. При этом из 478 наименований, приобретаемых за рубежом лекарственных средств, почти половина не пересматривалась в течение пятнадцати лет.

А уж инициатива с мест вообще не поддается никакому учету. Захотел, скажем, Приморский крайздравотдел закупить за счет местных источников дорогостоящее клиническое оборудование — пожалуйста. Благо бы оно использовалось во имя здоровья людей, так ведь нет: прямым ходом идет на склад, где и оседает на долгие годы. Затоварились импортной техникой и в Челябинске: более чем на миллион рублей выкалено ее на здешней республиканской базе Главного управления «Росмедтехника». Немало скопилось неустановленного обо-

— наши, а хозяева заказанного оборудования — неизвестно кто». Только в минувшем году мы получили свыше пяти тысяч этих самых разовых просьб, назвал цифру заместитель министра Н. М. Шмаков. И констатировал: в распределении техники принимали то или иное участие практически все руководители Министерства здравоохранения СССР. Подобная практика сложилась и в «Союзмедтехнике». А определение этой практике, если называть вещи своими именами, может быть только одно — протекционизм, заявил заместитель начальника Главного санитарно-эпидемиологического управления Минздрава СССР Э. М. Саакьянц.

Поразительные откровения звучали в зале коллегии. Руководители АМН СССР, сообщил, например, заместитель президента Академии по административно-хозяйственным и финансовым вопросам В. В. Громыко, нередко вообще не в курсе, кто из директоров научно-исследовательских институтов, когда и каким путем заказывает импортную технику. Да и сам директор порой не знает, каким образом кто-то из заведующих лабораториями получил 2—3 прибора, скажем, с международной выставки. Мало того, если с выставки,—это значит, иногда и без необходимых реактивов, и без запчастей, а то и вообще не в комплекте. «Выбивают», словом, где можно и где, казалось бы, невозможно: вплоть до вхождения в правительственные организации. Система же распределения валютных средств в АМН СССР такова, что заместитель президента даже не имеет к этому никакого отношения.

Нигде не сыщешь, чтобы под запросом о приобретении техники не стояли подписи руководителя и бухгалтера. В здравоохранении же и медицинской науке такое сплошь и рядом. Да что там говорить, поддержал заведующий Приморским крайздравотделом А. В. Гартман, в каждой области есть такой ученый, который пройдет мимо заведующего отделом здравоохранения, поднимется «выше» и закупит все, что ему надо, а порой и не надо. На такую же «тактику» некоторых руководителей кафедр указал и ректор 1-го Московского медицинского института имени И. М. Сеченова В. И. Петров.

С болью говорили выступавшие на заседании о плохом обслуживании импортной техники, слабом контроле за вводом ее в эксплуатацию, грубых просчетах в приобретении запасных частей, о неудовлетворительном качестве испытаний закупаемой аппара-

шение же о крупных закупках должна принимать только коллегия Минздрава СССР. Причем ориентироваться при этом следует на приоритетные направления — охрану материнства и детства, создание и оснащение диагностических центров, диспансеризацию. Словом, задача одна: устранив выявленные в ходе проверки КНК СССР недостатки, не повторять их в будущем.

По результатам проверки народного контроля уже немало сделано. На местах произведено перераспределение излишков оборудования и лекарственных средств, пересмотрена система заявок на импортную технику, введен новый порядок учета ее работы, решен вопрос с Минвнешторгом о сокращении сроков поставки запасных частей по экспресс-заявкам. Разработаны меры по усилению контроля за вводом в эксплуатацию каждого закупаемого за рубежом прибора. Наводится порядок по рациональному использованию медикаментов. В целях более четкой координации приобретения за рубежом лекарственных препаратов с отечественным производством уже с этого года импортные закупки их осуществляет Министерство медицинской и микробиологической промышленности. Однако прием заявок с мест, как и определение потребностей, остается при этом за Главным аптечным управлением Минздрава СССР.

В принятом коллегией решении определены конкретные пути дальнейшего совершенствования этой работы. Причем не только по вопросам организации закупки и использования импортной техники и лекарственных средств, но и по повышению качества обслуживания отечественного оборудования.

Коллегия приняла к сведению, что Комитетом народного контроля СССР заместителю министра здравоохранения СССР т. Шмакову Н. М. объявлен выговор, а начальнику «Союзмедтехники» т. Русанову В. П. — строгий выговор. Строгого наказания заслуживает начальник Главного аптечного управления Минздрава СССР т. Клюев М. А., но, принимая во внимание, что он подал заявление об уходе на пенсию, решено с 26 января с. г. освободить его от занимаемой должности. Заместителю начальника ГАПУ т. Волкову О. А. выговор был объявлен приказом министра здравоохранения СССР от 15 декабря 1986 года.

За серьезные недостатки в работе решением коллегии объявлены дисциплинарные взыскания главному инженеру «Союзмедтехники» т. Жабину А. И., начальнику технического отдела «Союзмедтехники» т. Преображенскому П. Н., начальнику конторы «Союзхимфармторг» ГАПУ Минздрава СССР т. Черникову И. Я., начальнику Челябинского управления «Медтехника» т. Гредневу В. Ф., начальнику Приморского управления «Медтехника» т. Слободскому В. Н., главному инженеру республи-

После выступлений «МГ»

«Наверстать упущенное»

Специализированная помощь

ДОЛГ ВРАЧЕБНЫЙ И ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ

Целенаправленная, активная деятельность больных дет-

программу социальной реабилитации. Считаем необходи-

ционары берут неохотно (да и не везде есть достаточно

Учимся управлять

Шесть лет назад во врачебно-санитарной службе Львовской железной дороги впервые на железнодорожном транспорте была разработана и внедрена комплексная си-

просьбе подбираемых в Ми- … отличники и «хорошисты». Что … не более трех лет. Потом про- … Раньше, бывало, рассужда- … Махачкала.

После выступлений «МГ»

«Наверстать упущенное»

В статье под таким названием, опубликованной 12 сентября 1986 г. в «Медицинской газете», сообщалось о низких темпах сооружения объектов здравоохранения в Туркменской ССР. Редакции ответил заместитель Председателя Совета Министров Туркменской ССР А. СВИРИДОВ.

Совет Министров республики рассмотрел статью «Наверстать упущенное». Приведенные в ней факты действительно имели место. В одиннадцатой пятилетке строительство объектов здравоохранения осуществлялось низкими темпами.

В результате принятых мер темпы строительных работ на указанных объектах ускорены, и с начала 1986 года за счет государственных капитальных вложений введено в эксплуатацию больниц на 352 койки и поликлиник на 1.110 посещений в смену, в том числе поликлиник на 500 посещений в смену за счет средств, полученных в результате проведения коммунистических субботников.

Вступили в строй поликлиника на 850 посещений в смену в г. Ашхабаде, центральная районная больница на 120 коек с поликлиникой на 250 посещений в смену в пос. Мургаб, детская больница на 232 койки в г. Ташаузе.

Минстроем и Госагропромом республики разработаны и осуществляются конкретные мероприятия, направленные на ускорение темпов строительства, концентрацию трудовых и материальных ресурсов, с тем, чтобы выполнить и перевыполнить установленные задания по строительству объектов социально-культурного назначения, в том числе здравоохранения. На объектах, о которых шла речь в статье, в настоящее время строительство ведется высокими темпами.

Планом на 1987 год предусматривается выделение капитальных вложений только на строительство переходящих объектов здравоохранения, что позволит сконцентрировать трудовые и материальные ресурсы и завершить сооружение этих объектов в соответствии с нормами продолжительности строительства.

Строительство объектов здравоохранения находится под постоянным контролем Совета Министров Туркменской ССР.

Специализированная помощь

ДОЛГ ВРАЧЕБНЫЙ И ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ

Целенаправленная, активная деятельность больных детским церебральным параличом ограничена, они нуждаются в постоянном уходе. Однако к каждому больному следует подходить сугубо индивидуально. К сожалению, неправильная позиция ряда специалистов, отрицавших необходимость преемственного лечения в течение всей их жизни, затормозила научно-методическую и лечебную работу с больными, достигшими 14-летнего возраста. По существу сегодня это единственное заболевание, при котором больные подросткового и зрелого возраста остаются вне врачебного наблюдения.

Такое положение не могло не отразиться на социальной адаптации больных. Если не считать немногочисленных специальных интернатов и других учреждений органов социального обеспечения, основная масса инвалидов — подростков и взрослых — находится дома, где лечение, обучение и профориентация, естественно, бессистемны.

С 1978 года в Москве на базе нашей клинической больницы работает специализированное отделение для подростков и взрослых.

Опыт работы отделения дает основание выделить некоторые проблемы, решение которых неотложно. Прежде всего следует расширить систему медицинской реабилитации этих больных без ограничения возраста и разработать программу социальной реабилитации. Считаем необходимым создать Всесоюзное общество инвалидов с детства (по типу, например, общества слепых). Наконец, надо позаботиться о широком внедрении в быт инвалидов малой механизации, портативных средств передвижения и перевозки.

В решении поставленных вопросов непосредственное участие должны принять специалисты разных направлений: невропатологи и ортопеды, нейрохирурги и врачи по лечебной физкультуре, психотерапевты и логопеды, социологи и психологи, инженеры.

В настоящее время возможности медицинской и социальной реабилитации инвалидов ограничены из-за слабой подготовки специалистов. Например, на курсах Центрального института усовершенствования врачей вопросы лечения этой категории больных практически не освещаются. Мало часов отводится в программах медучилищ по курсу лечебной физкультуры и массажа для неврологических больных, в частности, с детским церебральным параличом. Взрослые пациенты не проходят диспансеризацию, отсутствует преемственность в лечении.

Особо остро стоят вопросы хирургического лечения—оно нужно многим больным, которые смогли бы самостоятельно передвигаться благодаря протезированию. Но этих больных в хирургические стационары берут неохотно (да и не везде есть достаточно квалифицированные специалисты). Мало также специалистов, хорошо знающих принципы восстановительной терапии больного в послеоперационном периоде в амбулаторных условиях.

Не решен вопрос о профессиональной подготовке инвалидов с детства. Установлено, что около семидесяти процентов больных могут трудиться и в какой-то мере окупить расходы, связанные с реабилитацией. Очевидно, пришло время создавать многопрофильные цехи, а может быть, и специальный завод с использованием труда этих больных.

В этом году начато строительство больницы для взрослых больных церебральным параличом. Хотим надеяться, что Минздрав СССР поддержит инициативу создания на этой базе научно-практического и методического объединения, которое смогло бы сконцентрировать усилия многих специалистов для решения насущных проблем социальной адаптации инвалидов с детства.

Л. КОЛЕСОВА,
заведующая неврологическим отделением городской клинической больницы № 63, кандидат медицинских наук,
Москва.

Учимся управлять

Шесть лет назад во врачебно-санитарной службе Львовской железной дороги впервые на железнодорожном транспорте была разработана и внедрена комплексная система управления качеством санитарно - эпидемиологического обслуживания населения. В результате удалось значительно снизить заболеваемость среди железнодорожников с временной утратой трудоспособности. Выше стала культура пассажирских перевозок. Внедрение, например, талонной системы контроля качества работы проводников пассажирских вагонов и состояния питания в вагонах-ресторанах и буфетах помогло почти наполовину избавиться от нарушений санитарных норм и правил в пути следования поездов.

Ознакомиться с новой системой в действии приехали во Львов главные врачи санэпидстанций железных дорог. Три дня продолжались занятия в сетевой школе передового опыта, посвященные вопросам внедрения этой комплексной системы в практику. Участники занятий ознакомились также с работой отдела психофизиологии и гигиены труда дорожной СЭС, физиотерапевтического комплекса при локомотивном депо Львовского отделения железной дороги, побывали в Доме метрологии, стандартизации и качества, где прослушали лекции по основам систем и теории управления.

О. СЕРДЮК,
соб. корр. «МГ».
Львов.

Приморский крайздравотдел закупить за счет местных источников дорогостоящее японское оборудование — пожалуйста. Благо бы оно использовалось во имя здоровья людей, так ведь нет: прямым ходом идет на склад, где и оседает на долгие годы. Затоварились импортной техникой и в Челябинске: более чем на миллион рублей выявлено ее на здешней республиканской базе Главного управления «Росмедтехника». Немало скопилось неустановленного оборудования и в городской больнице, куда оно, как сообщил начальник областного управления «Медтехника» В. Ф. Гредиев, приобреталось по заявкам... обкома партии. «Даже сам не ожидал такого результата проверки, — искренне удивлялся он на заседании, — а ведь работаю в своей системе четверть века. Нет, врасплох застали нас эти перестройки...» Комментарии, как принято говорить, излишни.

Бесчисленные просьбы, письма и телеграммы — так называемые разовые заявки — поступают каждый год в Минздрав СССР от местных партийных и советских органов, ученых, депутатов, хозяйственников. Смысл их один — помогите приобрести импортное оборудование, выделите те или иные аппараты, лекарственные препараты для «подшефных» лечебно-профилактических учреждений, клиник и институтов. И, как признал на заседании начальник «Союзмедтехники» В. П. Русанов, «мы не смогли противостоять этому потоку, нарушив в результате порядок планового распределения закупаемого за рубежом оборудования».

«Остродефицитная аппаратура зачастую распределяется в Минздраве СССР «волевым» путем, — подтвердил начальник Главного управления «Росмедтехника» В. И. Бажухин. — Вот и получается, что заявки закупит все, что ему надо, а порой и не надо. На такую же «тактику» некоторых руководителей кафедр указал и ректор 1-го Московского медицинского института имени И. М. Сеченова В. И. Петров.

С болью говорили выступавшие на заседании о плохом обслуживании импортной техники, слабом контроле за вводом ее в эксплуатацию, грубых просчетах в приобретении запасных частей, о неудовлетворительном качестве испытаний закупаемой аппаратуры, медленном решении вопросов метрологической аттестации средств измерений медицинского назначения и других вопросах.

«Кто же определял до сих пор единую политику импортных закупок?» — задал вопрос академик Е. И. Чазов руководителям «Союзмедтехники». Внятного ответа от ее начальника В. П. Русанова так и не удалось получить. Да и что он мог сказать, если во всесоюзном объединении, как отмечалось на заседании, почти половину инженерных должностей занимают неспециалисты.

Суровым уроком стала для нас проверка КНК СССР, подчеркнул выступивший в заключение первый заместитель министра здравоохранения СССР О. П. Щепин. Подобное отношение к выделяемым на нужды здравоохранения и медицинской науки народным средствам нетерпимо и не может быть ничем оправдано. Пора, давно пора наводить нам порядок в нашем доме. Необходимо раз и навсегда взять за правило: заявку на импортную технику производить в строгом соответствии с существующим приказом министерства, с учетом углубленных технико-экономических обоснований. И, конечно, там, где можно работать на отечественном аппарате, не может быть и речи о приобретении аналогичного оборудования за рубежом. Ре-

работе решением коллегии объявлены дисциплинарные взыскания главному инженеру «Союзмедтехники» т. Жабину А. И., начальнику технического отдела «Союзмедтехники» т. Преображенскому П. Н., начальнику конторы «Союзхимфармторг» ГАПУ Минздрава СССР т. Черникову И. Я., начальнику Челябинского управления «Медтехника» т. Гредиеву В. Ф., начальнику Приморского управления «Медтехника» т. Слободскому В. Н., главному инженеру республиканского управления «Грузмедтехника» т. Каплуновичу Б. Л.

Строго указано заместителю начальника «Союзмедтехники» т. Жмылеву Б. В., ведущему экономисту отдела импорта и информации ГАПУ Минздрава СССР т. Коротковой Г. В., заместителям министров здравоохранения РСФСР — т. Панову В. Г. и Узбекской ССР т. Зебкову Е. Ф., заведующему Челябинским облздравотделом т. Макарову В. Б., заведующему Приморским крайздравотделом т. Гартману А. В., заместителю президента АМН СССР т. Громыко В. В., директору ЦНИИ гематологии и переливания крови т. Федотенкову А. Г., ректору 1-го Московского медицинского института имени И. М. Сеченова т. Петрову В. И.

Отмечено, что строгого наказания заслуживает и начальник Главного управления «Росмедтехника» т. Бажухин В. И., но, учитывая непродолжительный срок его работы, коллегия решила ограничиться обсуждением.

Решение коллегии взято под особый контроль.

В заседании коллегии министерства приняли участие инструктор ЦК КПСС Г. Г. Кривошеев и инспектор Комитета народного контроля СССР Я. А. Черняев.

И. ВЕТЛУГИН.

Труд и здоровье



В санатории-профилактории производственного объединения «Ростсельмаш» Ростовской области ежегодно отдыхают свыше трех тысяч тружеников предприятия. Многие проводят здесь свой отпуск, отдыхают и проходят курс лечения после работы.

Санаторий - профилакторий оснащен всем необходимым: кабинеты электро-, свето- и теплолечения оборудованы современной аппаратурой. Есть водо- и грязелечебницы, сауна. Используются различные методы рефлексотерапии.

Полноценный отдых и активное оздоровление в привычных климатических условиях благотворно сказываются на самочувствии людей, потому так и популярен среди работников объединения этот санаторий-профилакторий.

На снимках: столовая санатория-профилактория на 250 мест; зимний сад — излюбленное место отдыхающих.

Фото Е. НЕДЕРИ (ТАСС).



Под редакцией Ученого медицинского совета Министерства здравоохранения СССР

Выпуск № 4 (179)



Неврология

СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЗГА

В развитии и течении сосудистых заболеваний мозга выделяют пять стадий (физиологическая, субклиническая, начальная, умеренная и выраженная клиническая), а также фазы обострения и ремиссии. Особое внимание отводится диагностике субклинических и начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга. Разграничить группы здоровых лиц от имеющих начальные признаки сосудистого поражения мозга помогают нормативы мозговой гемодинамики.

С возрастом, по данным реоэнцефалографии, постепенно снижается пульсовой приток крови к сосудам мозга. Наблюдается также повышение тонуса сосудистой стенки, особенно в бассейне сонной артерии. У 11—12 процентов здоровых людей появляются признаки умеренного снижения эластичности сосудистой стенки, после 50 лет они наблюдаются у 28 процентов, на шестом десятилетии резко снижается реакция сосудов на вазоактивные вещества.

Субклинические поражения встречаются в виде ангиодистонического, гипертонического, атеросклеротического и окклюзирующего вариантов.

Наиболее часто наблюдается **ангиодистонический вариант** как проявление нейроциркуляторной дистонии. У этих пациентов отмечаются умеренно выраженные общие вегето-сосудистые нарушения, преходящая астения при психо-эмоциональном и физическом напряжении. На РЭГ — повышение тонуса сосудов, затруднение венозного оттока, чаще в бассейне позвоночной артерии, снижение кровенаполнения и лабильность РЭГ, межполушарная асимметрия. С возрастом нарастают признаки гипертонуса и затруднения венозного оттока по всем сосудистым бассейнам.

Гипертонический вариант определяется в основном при латентном течении артериальной гипертензии. На РЭГ наблюдаются повышение тонуса сосудов мелкого калибра, увеличение периферического со-

сейна внутренней сонной артерии, межполушарные асимметрии, признаки затруднения венозного оттока в обоих бассейнах, снижение эластичности сосудов с торпидной реакцией на нитроглицерин.

При термометрическом исследовании, проводимом методом дециметровой радиотермометрии, который позволяет неинвазивно измерить температуру тканей на глубине 3—5 см, выявляется диффузное снижение температуры головного мозга в среднем на 0,2±0,05°.

На ЭКГ нередко обнаруживаются нарушения процессов реполяризации возбудимости и проводимости. У некоторых пациентов выявляется бессимптомная форма ишемической болезни сердца. Содержание холестерина, бета- и пребета-липопротеидов, триглицеридов выше, чем у здоровых.

Окклюзирующий вариант обусловлен стенозом или тромбозом магистральных артерий головы. Бессимптомное поражение сонных артерий встречается у 3,5—7 процентов. В диагностике помогают пальпация и аускультация сонных артерий, рентгенологические, допплерографические и радиотермометрические исследования.

Пациенты с субклиническими проявлениями сосудистых поражений мозга составляют группу повышенного риска и требуют диспансерного наблюдения.

Если следующие (один или более) симптомы — головная боль, головокружение, расстройство памяти, шум в голове, снижение работоспособности — повторяются не реже одного раза в неделю на протяжении последних трех месяцев, есть основание говорить **о начальных проявлениях** недостаточности кровоснабжения мозга. Чаще встречаются головные боли, головокружения, легкие мнестические и диссомнические расстройства, шум и звон в ушах.

У многих больных наблюдается пароксизмальное течение заболевания с преобладанием синкопальных, цефалгических, вестибулярных и смешанных вегето-сосудистых па-

ишемической болезни сердце отмечается снижение амплитудных параметров РЭГ. По данным реоэнцефалографии и ультразвуковой допплерометрии, часто встречаются нарушения кровотока по магистральным артериям головы.

У больных атеросклерозом и артериальной гипертензией наблюдается снижение температуры мозга, более выраженное в лобной области (на 0,4°).

Боли в области сердца отмечаются у 2/3 больных, у большинства из них дизрегуляторные кардиалгии и реже — ишемическая болезнь сердца. Изменения ЭКГ проявляются в виде нарушения процессов реполяризации и проводимости, синусовых аритмий, а также гипертрофии левого желудочка (у больных артериальной гипертензией).

У больных нейроциркуляторной дистонией уровни холестерина и триглицеридов в атерогенных классах липопротеидов значительно ниже, а содержание неатерогенных альфа-липопротеидов выше. Для церебрального атеросклероза характерны IIб и IV типы гиперлипопротеидемий, гипертриглицеридемия и относительная гипоальфалипопротеидемия. Эти различия в содержании альфа-липопротеидов служат дифференциально-диагностическим критерием нейроциркуляторной дистонии и атеросклероза.

К группе **умеренных проявлений** недостаточности кровоснабжения мозга относятся больные с I—II стадией дисциркуляторной энцефалопатии. Часто встречаются следующие синдромы: цефалгические, выраженные, астенические, мнестические, диссомнические и кохлео-вестибулярные. В фазе обострения возникают преходящие нарушения мозгового кровообращения.

При неврологическом обследовании часто выявляются эмоционально-волевые нарушения, выраженные координаторные нарушения, дисметрии, интенционный тремор, рефлексы орального автоматизма, пирамидные знаки, ве-

затруднения венозного оттока, снижения эластичности сосудов с торпидной реакцией на нитроглицерин. Существенные отличия от показателей РЭГ больных с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга заключаются в более выраженном снижении эластичности сосудов, гипертонии, затруднении венозного оттока, а также в уменьшении ангиодистонии.

По данным радиотермометрии, происходит диффузное снижение температуры головного мозга по всем областям. Усредненный показатель церебральной температуры равняется 36,1±0,04° (на 0,3° ниже, чем у здоровых).

У большинства больных отмечались боли в области сердца, наряду с кардиалгиями часто встречаются стенокардические боли. Изменения ЭКГ выявляются у 75 процентов больных, ишемическая болезнь сердца — у 39 процентов.

При **выраженной клинической стадии** (поздней дисциркуляторной энцефалопатии) неврологические проявления становятся более четкими и стойкими. Формируются глубокие органические неврологические синдромы, обнаружение которых не вызывает затруднений.

Важной задачей во время профилактических осмотров населения служит выявление начальных форм сосудистых заболеваний мозга, то есть разделение обследуемых на здоровых и больных. Для этих целей нами разработана таблица диагностических правил, которая используется на этапе скрининга без привлечения квалифицированного невропатолога (за ним остается окончательное заключение и подробное обследование выявленных больных). В результате врачебного и математического анализа семиотики начальных форм сосудистых заболеваний мозга на фоне атеросклероза, артериальной гипертензии и сосудистой дистонии отобрано 25 признаков сосудистых заболеваний мозга и разработана дифференциально-диагностическая формула. Ее приме-

Информационный центр внедрения

ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ У ВЗРОСЛЫХ

Методические рекомендации по этому вопросу утверждены Минздравом РСФСР. В них приведены современные методы диагностики и лечения пищевой аллергии у взрослых. Изложены вопросы аллергологического обследования. Подчеркивается связь пищевой аллергии с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. В приложении представлены различные варианты элиминационных диет.

В понятие «пищевая аллергия» входит круг заболеваний, объединенных общим механизмом возникновения вследствие аллергической реакции на употребление пищевых продуктов. Аллергическая реакция при этом характеризуется взаимодействием циркулирующих в крови или фиксированных в тканях антител с аллергеном, находящимся в пище, либо сформировавшимся при расщеплении пищевого продукта ферментами пищеварительной системы. В механизме истинной пищевой аллергии может играть роль также иммунная реакция пищевых антигенов с сенсибилизированными лимфоцитами.

Методические рекомендации подготовлены в Московском областном научно-исследовательском клиническом институте имени М. Ф. Владимирского и Рязанском медицинском институте и предназначены для практических врачей.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ЕЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ.

Методические рекомендации утверждены по этой теме Минздравом РСФСР. В них рассмотрены вопросы классификации, этиологии почечной недостаточности у детей. Представлены данные о патогенезе основных клинических симптомов, факторах и группах риска развития хронической почечной недостаточности. Изложены методы исследования и характер нарушения функций почек при различных нефропатиях на этапах формирования почечной недостаточности. Методические рекомендации составили сотрудники Московского НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава РСФСР и предназначены для педиатров и терапевтов-нефрологов.

Органам здравоохранения разрешается размножить методические указания в необходимом количестве экземпляров.

Лекарственные препараты

СТЕФАГЛАБРИНА СУЛЬФАТ (0,25% раствор в ампулах по 1 мл № 10)



Вот и пришел последний экзамен

Идет последний государственный экзамен на вечернем отделении лечебного факультета 2-го Московского медицинского института имени Н. И. Пирогова. В своей работе институт теснейшим образом связан с практическим здравоохранением города. Клиническими базами вуза являются 34 наиболее крупные больницы, диспансеры, родильные дома, медсанчасти и 44 поликлиники. И закономерно, что экзамен по внутренним болезням проходил на базе медсанчасти № 1 Главного управления здравоохранения Мосгорисполкома. Проводится он в условиях высокой требовательности к теоретическим знаниям и практическим навыкам студентов.

Впереди интернатура. Профессорско-преподавательский состав вправе надеяться, что их ученики приложат все силы к тому, чтобы с честью выполнить задачи, которые стоят сегодня перед здравоохранением.

На снимках: госэкзамен по внутренним болезням принимают ассистент кафедры В. Н. Ткачева, доцент М. Н. Палкин и ассистент А. А. Карабиненко; трудный вопрос; четкий ответ.

Фото Д. ХРУПОВА.



ние венозного оттока, чаще в бассейне позвоночной артерии, снижение кровенаполнения и лабильность РЭГ, межполушарная асимметрия. С возрастом нарастают признаки гипертонуса и затруднения венозного оттока по всем сосудистым бассейнам.

Гипертонический вариант определяется в основном при латентном течении артериальной гипертензии. На РЭГ наблюдаются повышение тонуса сосудов малкого калибра, увеличение периферического сопротивления кровотоку. На ЭКГ встречаются гипертрофия левого желудочка, нарушение процесса реполяризации и синусовые аритмии, отмечаются общие вегето-сосудистые и вегето-трофические расстройства.

При атеросклеротическом варианте появляются отдельные неврологические микросимптомы, временами — преходящая астения, на фоне ее головная боль тупого характера, боли в области сердца при физическом и эмоциональном напряжении, кратковременные головокружения несистемного характера при резких поворотах головы. Нередко встречается лабильность артериального давления и психо-эмоциональная неустойчивость.

На РЭГ отмечаются снижение пульсового притока крови в бассейне позвоночной артерии, повышение тонуса в бас- одного раза в неделю на протяжении последних трех месяцев, есть основание говорить о начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения мозга. Чаще встречаются головные боли, головокружения, легкие мнестические и диссомнические расстройства, шум и звон в ушах.

У многих больных наблюдается пароксизмальное течение заболевания с преобладанием синкопальных, цефалгических, вестибулярных и смешанных вегето-сосудистых пароксизмов. У большинства обнаруживаются эмоционально-волевые, вегето-сосудистые и вегето-трофические нарушения. В неврологическом статусе нередко выявляются очаговые микросимптомы.

По данным РЭГ — снижение кровенаполнения артериального русла, признаки гипертонии, ангиодистонии, затруднения венозного оттока, легкое и умеренное снижение эластичности сосудистой стенки.

С возрастом на РЭГ постепенно снижается пульсовое кровенаполнение, нарастают признаки гипертонии, наблюдаются затруднение венозного оттока, снижение эластичности сосудов и уменьшение признаков ангиодистонии. Если повышается артериальное давление, то нарастают проявления гипертонии, затрудняется венозный отток, снижаются кровенаполнение и эластичность сосудов. При сопутствующей дующие синдромы: цефалгические, выраженные, астенические, мнестические, диссомнические и кохлео-вестибулярные. В фазе обострения возникают преходящие нарушения мозгового кровообращения.

При неврологическом обследовании часто выявляются эмоционально - волевые нарушения, выраженные координаторные нарушения, дисметрии, интенционный тремор, рефлексы орального автоматизма, пирамидные знаки, вегето-сосудистые и вегето-трофические нарушения. У больных артериальной гипертензией преобладают общие и региональные вегето - сосудистые нарушения, а при атеросклерозе—мнестические нарушения и признаки вертебрально - базилярной недостаточности. С возрастом они нарастают.

Мозговая гемодинамика характеризуется дальнейшим снижением кровенаполнения артериального русла, наличием выраженной гипертонии, па скрининга без привлечения квалифицированного невропатолога (за ним остается окончательное заключение и подробное обследование выявленных больных). В результате врачебного и математического анализа семиотики начальных форм сосудистых заболеваний мозга на фоне атеросклероза, артериальной гипертензии и сосудистой дистонии отобрано 25 признаков сосудистых заболеваний мозга и разработана дифференциально-диагностическая формула. Ее применение вместе с функциональной электрографией (РЭГ и ЭКГ) повысило уровень диагностики до 95,5 процента.

В случае выявления субклинических или начальных форм цереброваскулярных заболеваний пациент должен пройти второй — поликлинический — этап обследования и диспансерного наблюдения, где он получает соответствующие лечебно - профилактические рекомендации.

Профессор В. ТРОШИН.
г. Горький.

Рекомендуемая литература

Акимов Г. А. Начальные проявления сосудистых заболеваний головного мозга. Л., Медицина, 1983.
Гусев Е. И., Боголепов Н. Н., Бурд Г. С. Сосудистые заболевания головного мозга. М., Медицина, 1979.
Маджидов Н. М., Трошин В. Д. Доинсультные цереброваскулярные заболевания. Ташкент, Медицина, 1985.
Шмидт Е. В., Лунев Д. К., Верещагин Н. В. Сосудистые заболевания головного и спинного мозга. М., Медицина, 1976.
Трошин В. Д., Семенова Е. П., Лаптев А. В. и др. Распознавание сосудистых заболеваний мозга в практике профилактических осмотров населения. Методические рекомендации МЗ РСФСР, Горький, 1985.

педиатров и терапевтов-нефрологов.

Органам здравоохранения разрешается размножить методические указания в необходимом количестве экземпляров.

Лекарственные препараты

СТЕФАГЛАБРИНА СУЛЬФАТ
(0,25% раствор в ампулах по 1 мл № 10)

Стефаглабрина сульфат — алкалоид, получаемый из клубней с корнями стефании гладкой.

Стефаглабрина сульфат угнетает активность истинной и ложной холинэстеразы и тем самым усиливает действие ацетилхолина на органы, снабженные холинергической иннервацией. Препарат малотоксичен.

Стефаглабрина сульфат применяют при сирингомиелии, боковом амиотрофическом склерозе, миопатии у взрослых, парезах лицевого нерва и других заболеваниях периферической нервной системы.

Препарат вводят внутримышечно по 1—2 мл 0,25% раствора 2 раза в день. Курс лечения 20—30 дней.

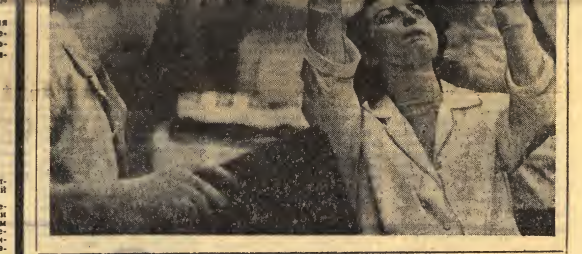
Стефаглабрина сульфат противопоказан при эпилепсии, гиперкинезах, бронхиальной астме, стенокардии, брадикардии.

Срок годности препарата 2 года при хранении в защищенном от света месте.

Список Б.

Отпуск из аптек по рецепту врача.

Всесоюзное информационное бюро при Министерстве здравоохранения СССР.



Хроника научной жизни

СИМПОЗИУМ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ

В столице Украины состоялся XI Международный симпозиум анестезиологов и реаниматологов социалистических стран. В его работе приняли также участие ученые из Англии, Бельгии, Финляндии, ФРГ.

Обстоятельно обсуждены опыт и проблемы внутривенной общей анестезии. Большое внимание, в частности, уделено вопросам кислородного гомеостазиса и другим показателям метаболизма у гериатрических больных, оперированных под нейролептаналгезией и эпидуральной анестезией, влияния нейролептанагезии на артерио-венозную разницу по кислороду. Оживленный обмен мнениями вызвали проблемы многокомпонентной внутривенной анестезии в торакальной хирургии, методы внутривенной анестезии в послеоперационном обезболивании, новые направления в нейролептаналгезии.

Внимание участников симпозиума привлекли также современные методы детоксикации в интенсивной терапии и реаниматологии. В частности, большой интерес вызвали доклады и сообщения о специфических и неспецифических эффектах гемосорбции как реанимационного мероприятия при острых отравлениях, о кислоторастворимых фракциях плазмы крови в диагностике тяжелых эндогенных интоксикаций.

В. КАЛИТА,
соб. корр. «МГ».
Киев.

Наука — практике

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ БЕЗ СЕНСАЦИЙ

В наши дни все отчетливее проявляется интерес и больных, и медицинской общественности к народной медицине, к так называемым альтернативным методам. В «зоне повышенного внимания» оказалась и рефлексотерапия. Как известно, она включает в себя и традиционные (иглотерапия, прижигание, точечный баночный массаж и другие), и современные (электропунктура, воздействие микроволнами, лучом лазера, магнитным полем и т. д.) методики.

Широко применяться в комплексе лечения больных и профилактических мероприятий рефлексотерапия стала особенно в последнее десятилетие. По данным ВОЗ, каждый четвертый житель планеты, страдающий хроническим заболеванием, лечится с ее помощью.

Тридцатилетний рубеж отделяет нас от того времени, когда группа советских медиков, вернувшись из КНР, приступила к практической реализации того, что еще недавно вызывало удивление, улыбку, недоверие и сомнение. Факты, неподдельная реальность действенности метода на первых порах не поддавались научному объяснению, многое приходилось принимать априори в качестве только рабочей гипотезы. Становилось очевидным, что предстоит огромная научная работа по «запоздавшему» на века теоретическому обоснованию методов врачевания, сложившихся на чисто эмпирической основе.

Очень скоро метод был одобрен руководящими органами здравоохранения СССР, получил развитие, существенно трансформировался: из иглотерапии и прижигания — в широкий комплекс методик рефлексотерапевтического воздействия. С 1957 года одновременно в Москве, Ленинграде, Казани и Горьком под руководством Н. И. Гращенкова, Э. Д. Тыкочинской, И. И. Русецкого, В. Г. Вогралика начались исследования научных основ иглотерапии.

Врачей - специалистов по иглотерапии стали готовить при кафедрах нервных болезней в институтах усовершенствования врачей (Москва, Ленинград, Казань). Сегодня специальные кафедры рефлексотерапии и доцентские курсы созданы в целом ряде институтов усовершенствования врачей и других учреждений. В Москве работает ЦНИИ рефлексотерапии. При Всесоюзном научном обществе невропатологов и психиатров создана Всесоюзная секция рефлексотерапии, действуют республиканские, областные и городские секции. При Ученом медицинском совете Минздрава СССР организована проблемная комиссия.

Характерной особенностью работ советских ученых в области рефлексотерапии является их комплексность. В изучении вопросов, связанных с научными основами этого древнего лечебного метода, принимают участие физиологи, биохимики, морфологи, врачи, инженеры, физики и другие специалисты. В процессе огромной научно-исследовательской работы были определены теоретические аспекты и практические способы лечения, понятные и доступные врачу нынешней формации, без принятия каких-либо постулатов «на веру».

Проанализированы, например, данные об анатомо-морфологических особенностях корпоральных и аурикулярных точек акупунктуры. Установлена такая основная особенность, как связь этих зон с рецепторным аппаратом периферической нервной системы. Бесспорно, важны исследования акупунктурной нейростимуляции, влияния ее на функциональное состояние физиологических систем организма.

Научные исследования ведутся сейчас по нескольким основным направлениям. Прежде всего это физиологические механизмы боли и рефлекторного обезболивания. Широкие клинико - инструментальные исследования по теме «Рефлексотерапия заболеваний сердечно-сосудистой системы и внутренних органов» показали, что положительный эффект этого метода при начальных стадиях гипертонической болезни, атеросклероза, ишемической болезни сердца реализуется воздействием на кардиоваскулярную систему и центральные механизмы ее регуляции. При анализе действия рефлексотерапии при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки обнаружена нормализация кислотонейтрализующей функции двенадцатиперстной кишки, моторики желудка, что сопровождалось улучшением клинической и рентгенологической картины. Установлена высокая эффективность метода при бронхиальной астме, разработаны новые способы лечения деформирующих артрозов.

Плодотворны исследования в области рефлексотерапии заболеваний центральной и периферической нервной систем. Здесь разработаны методики лечения и изучен механизм действия при различных болевых синдромах, цереброваскулярных нарушениях, остеохондрозе позвоночника, вегето-сосудистой дистонии, неврозах, депрессиях, алкоголизме.

Что касается анестезиологии, хирургии, акушерства и гинекологии, стоматологии, то здесь поиск был нацелен на разработку наиболее рациональных способов рефлексотерапии как компоненте комбинированного обезболивания. Изучение показателей адренергической системы позволило выявить преимущества комбинированного наркоза с электроакупунктурным компонентом во время операции и метода рефлекторного обезболивания в послеоперационном периоде. Исследовано влияние рефлекторной аналгезии на функциональное состояние центральной нервной системы и реакции гомеостаза в акушерстве.

Рефлексотерапия с успехом применяется и для усиления адаптационных возможностей здорового человека. При этом доказана высокая экономическая эффективность ее методик. Они имеют широкие показания, но, конечно, не могут претендовать на универсальность. Есть и противопоказания, которые учитываются врачами, исходя из индивидуальных особенностей больного.

В содружестве с коллективами ряда предприятий учеными созданы наборы инструментов для рефлексотерапии, аппараты для электроакупунктуры, электропунктуры, лазеропунктуры, криопунктуры, аэроионопунктуры и другие, предназначенные для диагностики и лечения больных.

Как раздел медицины рефлексотерапия имеет научно обоснованную теорию, широкий набор лечебных и специфических диагностических методик. Словом, она прочно вошла в арсенал средств советской медицины. Но применять ее в лечебной практике разрешается только врачам со стажем не менее трех лет, прошедшим специальный курс обучения и получившим соответствующее удостоверение. Причем вне лечебных учреждений заниматься ею категорически запрещено. Для обеспечения квалифицированной помощи населению повсеместно создаются кабинеты рефлексотерапии.

Приказом Минздрава СССР от 25 июня 1981 года должность врача кабинета рефлексотерапии отнесена к номенклатуре врача-физиотерапевта. Но это решение не имеет под собой никакого обоснования. И вот почему. Врач кабинета рефлексотерапии не только осуществляет тщательное клиническое обследование больных, применяет специальные методические приемы акупунктурной диагностики, проводит постоянную коррекцию как медикаментозной, так и различных способов рефлексотерапии, наблюдает за больным в процессе и между курсами лечения, ведет медицинскую документацию. Следует особо отметить, что перед каждой процедурой он определяет и обосновывает концепцию точек воздействия (иными словами, составляет индивидуальный рецепт) и сам ее реализует практически. Все это требует специального нормирования труда врача кабинета рефлексотерапии. Однако, несмотря на неоднократные официальные обращения в Минздрав СССР, доказывающие необходимость пересмотра названного выше приказа, до сегодняшнего дня дело не сдвигается с мертвой точки.

Важно также пересмотреть положение о кабинете рефлексотерапии, решить вопросы его штатной структуры, четко определить права и обязанности, рабочую нагрузку врачей и так далее. Проект положения, разработанный специалистами и утвержденный проблемной комиссией, неоправданно долго блуждает в лабиринтах аппарата Минздрава СССР.

Пора, наконец, реализовать давно разработанные программы циклов тематического усовершенствования для врачей-специалистов, владеющих методом рефлексотерапии по невропатологии, терапии, дерматологии и т. д. Совершенно очевидно, что назрела необходимость устранить все преграды на пути более широкого внедрения оправдавших себя на практике немедикаментозных, научно обоснованных методов лечения, развития советской школы рефлексотерапии, которая занимает одно из ведущих мест в мире.

Метод рефлексотерапии перспективен как раздел медицины будущего, основанный на речной коррекции нарушенных функций организма без грубого вмешательства в интимные процессы его физиологических систем. А будущее зависит от того, насколько глубоко будет проводиться дальнейшее изучение ее механизмов с позиций современной науки.

Профессор Д. ТАБЕЕВА,
председатель Всесоюзной секции рефлексотерапии при Всесоюзном научном обществе невропатологов и психиатров, руководитель отделения рефлексотерапии ВНИИ общей и судебной психиатрии имени В. П. Сербского.

Памяти А. С. Пушкина

Нельзя без трепетного волнения читать о последних часах Александра Сергеевича Пушкина, но нам, почитателям его таланта, важно и нужно знать все до последних мгновений его жизни.

Как же все было? Давно уже нет свидетелей того трагического дня, но остались документы, воспоминания современников. С их помощью известный хирург, профессор Сергей Сергеевич Юдин детально проследил ход трагических событий. Так родилась 50 лет назад его статья «Ранение и смерть Пушкина». И теперь, спустя полвека, когда исполняется 150 лет со дня гибели поэта, она читает-

сколько раз останавливать из-за повторявшихся обмороков раненого. Переезд занял около полутора часов.

В 6 часов вечера Пушкина внесли в его кабинет и уложили на диван. Данзас поехал искать врачей. Лучшего специалиста, лейб-хирурга Арендта, он не застал, равно как не нашел и Саломона. В Воспитательном доме он застал акушера Шольца, который по пути захватил с собой Задлера. Около 7 вечера они прибыли к Пушкину. Задлер поехал за инструментами. На просьбу Пушкина откровенно высказаться о характере его раны Шольц ответил:

НАЧАЛО БЕССМЕРТИЯ

ся с неослабным интересом. Привлекает внимание предпосланный статье неизвестный ранее читателям документ, который мы воспроизводим:

«Полицией узнано, что вчера в 5-м часу пополудни, за чертою города, позади комендантской дачи, происходила дуэль, между камер-юнкером Александром Пушкиным и поручиком Кавалергардского ее Величества полка бароном Генкереном, первый из них ранен пулею в нижнюю часть брюха, а последний в правую руку на вылет и получил контузию в брюхо. — Г-н Пушкин при всех пособиях, оказываемых ему Его превосходительством г-ном лейб-медиком Арендтом, находится в опасности жизни. — О чем Вашему превосходительству имею честь донесть.

Старший врач полиции Иоделич. 28-го Генваря 1837-го года...».

* * *

Пушкин шел действительно на «смертный бой». В сугробах снега Данзас и д'Аршиак протоптали дорожку и отметили барьеры (плащами) на десять шагов. Пушкин первый дошел до грани, а Дантес выстрелил, не дойдя одного шага до барьера, то есть на 11 шагов. На таком близком расстоянии сила круглой свинцовой крупнокалиберной пули была очень велика. Пушкин упал лицом к земле на шинель, но, очнувшись, полулежа на коленях, долго целился, выстрелил и попал в Дантеса. После выстрела, до того как Пушкина стали переносить к саням, он дважды впадал в полуобморочное состояние. У комендантской дачи Пушкина переложили в карету, высланную Геккереном к месту дуэли. Разумеется, это перекладывание было не только ... но могло уси-

— Не могу скрывать, что рана Ваша опасная.

— Скажите мне — смертельная? — спросил Пушкин.

— Считаю долгом не скрывать этого от Вас, но услышим мнение Арендта и Саломона, за которыми послано.

Приехавший Арендт на заданный Пушкиным вопрос тоже не скрыл безнадежности его раны.

Врачи поступили, безусловно, неправильно, сказав самому Пушкину правду о смертельности ранения. Акушер Шольц должен был решительно воздержаться от прогноза в первом разговоре с поэтом. Необходимая «святая ложь» настолько часто фигурирует в работе каждого врача, что ни для Шольца, ни тем более для Арендта и Спасского этот тактический прием не мог быть новинкой.

* * *

Их было много: Шольц, Задлер, Арендт, Саломон, Спасский, Даль. Домашним врачом Пушкиных был Спасский, но Александр Сергеевич не особенно высоко ценил его знания. Даль пробыл неотлучно 1,5 последних суток. Руководящая роль принадлежала Н. Ф. Арендту. Он был лейб-медик, выдающийся хирург и приезжал по пять-шесть раз в день и несколько раз ночами. Среди непрерывного потока посетителей и родных, при вполне понятной растерянности ближайших друзей и семьи — Арендту вместе с Жуковским приходилось еще спешно посредничать и налаживать видимость отношений между поэтом и царем Николаем. Не обошлось и без священника с причастием.

Воссоздать краткую историю болезни Пушкина по отрывочным данным мемуаров и сохранившимся записям док-



27.I. 7—8 часов вечера. Рана кровоточит мало. Пульс малый, скорый. Назначены холодные со льдом компрессы на живот. Холодильное питье.

9—11 часов вечера. Тихие жалобы на боли в животе. Забывался на короткое время.

3 часа ночи. Боль в животе начала усиливаться и к 5 утра сделалась значительной.

28.I. Утром, когда «боли усилились и показалась значительная опухоль живота, решились поставить промывательное, чтобы облегчить и опростать кишки... С трудом можно было это исполнить: больной не мог лежать на боку, а чувствительность проходной кишки была причиной жестокой боли и страданий после промывательного. Оно не подействовало. Боль в животе возросла до высочайшей степени. Это была настоящая пытка. Физиономия Пушкина изменилась, взор сделался дик: глаза готовы были выскочить из орбит, чело покрылось холодным потом, руки похолодели, пульса как ни бывало».

12 часов дня. Даль несколько капель опия; он принял с жадностью и успокоился. Перед этим принимал вытяжку белены с каломелью, без всякого видимого облегчения. После обеда давали по-

лодные компрессы сменили припарками на живот.

6 часов вечера. Пульс поднялся, около 120, сделался жесток. «Оконечности согрелись, общая теплота возвысилась, — словом, начало образовываться воспаление».

7 часов вечера. Поставили 25 пиявок на живот. Пушкин сам их «припускал». Жар уменьшился, опухоль живота опала, пульс сделался ровнее и гораздо мягче; кожа показывала небольшую испарину.

В течение вечера не только пульс и общий вид, но и самочувствие Пушкина улучшилось. Но уже с полуночи пульс вновь стал катастрофически падать.

4 часа утра. Пульс упадал с часу на час. «Больной истаевал». Руки остыли. Больной изнывал тоской, начинал по временам уже забываться, и лицо его изменилось.

12 дня. Руки холодны, пульс едва заметен. Часто требовал холодной воды и брал ее в малых количествах; по временам сам тер себе виски и лоб льдом. Незадолго до смерти ему захотелось морошки. Съел 2—3 ягодки, проглотил несколько ложечек соку морошки...

Вскрытие делал почти наверное В. И. Даль. Исследование было недостаточно подробное: «время и обстоятельства не позволили делать подробнейших розысканий». Пулевой канал описан так: «Пуля пробила общие покровы живота в двух дюймах от верхней передней оконечности подвздошной кости правой стороны, потом шла, скользя по окружности большого таза, сверху вниз, и, встретив сопротивление в крестцовой кости, разбила ее и засела где-нибудь поблизости».

Пуля проскочила между тонкими и слепой кишками; «в одном только месте, величиной с грош, тонкие кишки были поражены гангреной. В этой точке, по всей вероятности, кишки были ушиблены пулей». Неизвестна судьба прямой кишки, лежащей на самом крестце. Последний был раздроблен, что значится в протоколе. Это объясняет заявление Пушкина Шольцу: «Я чувствовал при выстреле сильный удар в бок, и горячо стрельнуло в поясницу».

Бесполезно мечтать, что в наше время в Ленинграде подобный раненый имел бы 50—60 процентов шансов на спасение его операцией. В те годы об операции не приходилось и думать. Лишь через 10 лет после смерти Пушкина появился эфирный наркоз, а необходимая для брюшных операций асептика — лишь через полвека...

Минуло 150 лет с того времени, когда в 2 часа 45 минут пополудни 29 января (10 февраля по новому стилю) 1837 года перестало биться сердце поэта — «солнца русской поэзии», как образно назвали его современники и как продолжаем называть мы, потомки и поклонники великого таланта славного сына России. Минута смерти стала началом бессмертия Пушкина, жизнь и творчество которого

Коротко

● ДНЕПРОПЕТРОВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ отметил свое семидесятилетие. За эти годы в нем подготовлено более 33 тысяч врачей. Шесть воспитанников вуза стали Героями Социалистического Труда, четыре академиками и членами-корреспондентами академий наук СССР и УССР.

Только за годы одиннадцатой пятилетки сотрудниками мединститута получено 82 авторских свидетельства и один патент на изобретение, опубликовано восемь учебников и учебных пособий, два из которых отмечено Государственными премиями республики. Продолжается работа по внедрению прогрессивных форм обучения и воспитания студентов.

В. МОРОЗОВ

Днепропетровск

● В ЦЕНТРАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ИМЕНИ Н. А. СЕМАШКО МПС СССР произошло знаменательное событие. В дар коллективу преподнесены портрет академика АМН СССР В. Р. Брайцева и бронзовый барельеф академика АМН СССР И. А. Кассирского, работавших в этом лечебном учреждении. Художественные произведения, подаренные родственниками, помещены в аудитории, которая по праву считается мемориальной, — в ней читали лекции, проводили занятия лучшие представители советской медицины.

Врач Р. ВОРОБЬЕВ.

Москва.

Встречи в пути

Ветер с Черемшана

Только в дороге мы поняли: дело затеяли нешуточное. Зима постаралась от души — машина шла, как по целине, и только крепкие руки водителя удерживали ее в колее.

— В эту больницу мы ездили летом, — рассказывает мой попутчик заместитель заведующего облздравотделом А. С. Тураев. — С бригадой врачей-специалистов. Провели диспансерные осмотры детей. Позже проверили, что сделано. В Никольском эта работа оказалась наиболее результативной. И, думаю, во многом потому, что главный врач здесь Александр Петрович Михеев. Работает более тридцати лет, так что большинство своих пациентов знает с самого рождения.

— Дорога, видите, какая — рассчитывать на помощь коллег из области или района здесь особо не приходится, — продолжает Александр Сергеевич. — К тому же и авторитет у доктора Михеева на селе непререкаемый. Кстати, его жена Нина Михайловна вместе с ним работает, она терапевт.

В окружении заиндевелых берез на берегу Черемшанского залива показалась Никольская больница — чистенькая, ухоженная, чувствуется, многое сделано своими руками. Так и оказалось. Несколько минут спустя хозяева уже показывали столовую, красный уголок для персонала, склад, стерилизационную, три дома для медиков... Все строили сами.

Встретила нас Вера Петровна Тямусева, операционная сестра, более десяти лет верная помощница А. П. Михеева. Сам Александр Петрович был на вызове в одной из деревень. Вернувшись, как-то сразу обострил наш разговор, хотя и жалобами не донимал, а скорее, наоборот, благодарил за помощь, понимание нужд сельской больницы:

— Прошлой осенью остались было мы с Ниной Михайловной одни. Без дорог да в зиму... Что делать-то будем, говорю... Как быть без педиатра, без акушера-гинеколога? И тут повезло: после годового отпуска по уходу за ребенком приехала на работу Надежда Геннадьевна Тетерина, акушер-гинеколог по специальности. Молодой врач, но душой за дело болеет...

Больница А. П. Михеева — участковая. А участок измеряется десятками километров и тысячами жителей: Никольское, Ереклинское, Кипрей — в каждом из этих сел, считай, больше тысячи человек проживает. Да три школы — десятилетка, интернат и восьмилетняя — в разных поселках. Около тысячи пенсионеров — они тоже требуют особого внимания. В среднем до пятидесяти родов в год. Словом, дел и забот у хирурга первой категории, заслуженного врача РСФСР А. П. Михеева достаточно.

«По секрету» Александр Петрович признался мне: не раз пытались сманить его и в район, и в город, но остался сельский доктор верен родному Никольскому, где и родители его жили, и сам он провел почти полвека.

— Очень уж по душе мне ветер с Черемшана, — улыбнулся он, — свежий, морозный, а главное — бодрый.

В. ПРАВЕДНИКОВ.



Пресс-курьер «МГ»

● СТО ПРОФЕССИЙ ЛАЗЕРА ● КАК ЛЕЧИЛИ В ДРЕВНОСТИ ● ДВЕ ГОЛОВЫ, ШЕСТЬ НОГ...

впервые в практике

ЛАЗЕР ПРОТИВ СКЛЕРОЗА

Все интенсивнее используется лазер в медицине. Группа медиков под руководством академика Б. В. Петровского и инженеров во главе с академиком Н. Д. Девятковым предложила применить его для лечения склероза.

Новый метод использует энергию импульсного лазера, который работает в парах меди в спектре желто-зеленого облучения. К склеротической бляшке подводится оптический световод, конец которого имеет конусообразную форму. Проходя по световоду, лазер испытывает полное внутреннее отражение по всей длине стержня, концентрируя тем самым на конце конуса гигантскую световую энергию. Дальше луч идет по поверхности бляшки, выпаривая ее и прожигая канал. Бляшка отторгается от стенки сосуда и отсасывается специальным катетером. Вся операция занимает всего несколько минут.

— Наш эксперимент показал перспективность этой методики, — говорит руководитель рентгенорадиологического отдела Всесоюзного научного центра хирургии АМН СССР, профессор И. Е. Рабкин. — Новый метод совершенно бескровный, наименее травматичный, не требующий применения наркоза. В ближайшее время, получив экспериментальное обоснование, можно будет применять его в клиниках.

Н. БУШЕВА.

Москва.

в лабораториях мира

ИСПЫТАНО В ПАРИЖСКОМ ГОСПИТАЛЕ

По сообщению американского научно-медицинского журнала «Нью-Инглэнд джорнэл оф Медсин» во Франции прошли клинические испытания нового контрацептивного средства RU-486, которое эффективно даже при приеме через десять дней после задержки менструации. Испытания проводились в парижском госпитале «Бисетр» под руководством д-ра Б. Кузина и Ж. Шасона. В испытаниях участвовало сто женщин-добровольцев со сроками беременности меньше месяца. У восьмидесяти пяти из них произошло самопроизвольное прекращение беременности в течение четырех дней после приема нового контрацептивного средства.

Новое средство уже получило официальное разрешение на применение в клинической практике во Франции и Швеции. Оно практически не обладает побочным действием, хотя кровотечение после его применения и несколько больше, чем при обычной менструации. Мягкое действие нового препарата на организм женщин объясняется тем, что вещество RU выводится из организма уже через двое суток после приема его внутрь.

Механизм действия вещества RU заключается в том, что оно связывается с рецепторами прогестерона, и слизистая матки теряет способность присоединять оплодотворенное яйцо. Яйцеклетка погибает, а слизистая «отторгается», что происходит и в норме при отсутствии оплодотворения.

Ученые продолжают исследования, чтобы выяснить, как новое вещество может повлиять на плод в случае сохранения беременности.

И. ЛАЛАЯНЦ.

из глубины веков

«ФЕМБАСЕУЛИ», ГРУЗИНСКИЙ ЛЕЧЕБНИК

В Аджарии найдена рукопись грузинского лечебника XVIII века. В ней, к сожалению, недостает первых и последних страниц, поэтому автор остался неизвестным.

Для истории медицины книга интересна тем, что многим отличается от других карабадинов, как называют грузинские старинные лечебники. Большое внимание автор рукописи уделяет растительным средствам. Подробно описывает, как собирать и сушить растения, указывает, в какое время года и какие их части употреблять для изготовления лекарств. Учит, как из растений делать отвары, порошки, мази. Кстати, большинство упомянутых в книге лекарст-

Рукопись содержит свыше 400 советов, как использовать лекарства, в каких случаях прибегать к химическим и физическим средствам лечения. Даются рекомендации по применению пчелиного меда, луковичной крови для обработки кожи новорожденных. Интересны страницы, рассказывающие о том, как предупреждать отравления при приеме некоторых лекарств.

Восемьдесят лечебных средств, из которых 29 растительного происхождения, в других карабадинах вовсе не упоминаются. Не исключено, что «Фембасеули» — так назвали рукопись — единственный источник ранее неизвестных средств народной меди-

вой крупнокалиберной пули была очень велика. Пушкин упал лицом к земле на шинель, но, очнувшись, полулежа на коленях, долго целился, выстрелил и попал в Дантеса. После выстрела, до того как Пушкина стали переносить к саням, он дважды впадал в полуобморочное состояние. У комендантской дачи Пушкина переложили в карету, высланную Геккереном к месту дуэли. Разумеется, это перекладывание было не только мучительным, но могло усилить кровотечение. И действительно, по пути на Мойку (семь с половиной километров) карету пришлось не-

ми. Среди непрерывного потока посетителей и родных, при вполне понятной растерянности ближайших друзей к семьи — Арендту вместе с Жуковским приходилось еще спешно посредничать и налаживать видимость отношений между поэтом и царем Николаем. Не обошлось и без священника с причастием.

Воссоздать краткую историю болезни Пушкина по отрывочным данным мемуаров и сохранившимся запискам докторов Шольца, Спасского и Даля можно лишь приблизительно. Течение болезни рисуется в следующем виде:

степени. Это была настоящая пытка. Физиономия Пушкина изменилась, взор сделался дик: глаза готовы были выскочить из орбит, чело покрылось холодным потом, руки похолодели, пульса как ни бывало».

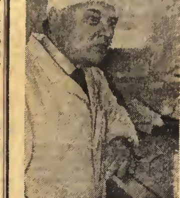
12 часов дня. Дали несколько капель опия: он принял с жадностью и успокоился. Перед этим принимал вытяжку белены с каломелью, без всякого видимого облегчения. После обеда давали попеременно лавро-вишневые капли с опием и каломелью.

1 час дня. Пульс стал улучшаться, и боли меньше. Хо-

операции асептика ... лишь через полвека...

Минуло 150 лет с того времени, когда в 2 часа 45 минут пополудни 29 января [10 февраля по новому стилю] 1837 году перестало биться сердце поэта — «солнца русской поэзии», как образно назвали его современники и как продолжаем называть мы, потомки и поклонники великого таланта славного сына России. Минута смерти стала началом бессмертия Пушкина, жизнь и творчество которого всегда с нами.

Публикацию подготовил
А. САФОНОВ.
Рис. А. Михайлова.



ча РСФСР А. П. Михеева достаточно.

«По секрету» Александр Петрович признался мне: не раз пытались сманить его и в район, и в город, но остался сельский доктор верен родному Никольскому, где и родители его жили, и сам он провел почти полвека.

— Очень уж по душе мне ветер с Черемшана, — улыбнулся он, — свежий, морозный, а главное — бодрый.

В. ПРАВЕДНИКОВ.
Никольское-на-Черемшане Ульяновской области.
Фото автора.

Для истории медицины книга интересна тем, что многим отличается от других карабадинов, как называют грузинские старинные лечебники. Большое внимание автор рукописи уделяет растительным средствам. Подробно описывает, как собирать и сушить растения, указывает, в какое время года и какие их части употреблять для изготовления лекарств. Учит, как из растений делать отвары, порошки, мази. Кстати, большинство упомянутых в книге лекарственных растений и поныне культивируют в Аджарии, причем свойства некоторых признаны современной фармакологией.

применению пчелиного меда, пуповинной крови для обработки кожи новорожденных. Интересны страницы, рассказывающие о том, как предупреждать отравления при приеме некоторых лекарств.

Восемьдесят лечебных средств, из которых 29 растительного происхождения, в других карабадинах вовсе не упоминаются. Не исключено, что «Фембасеули» — так назвали рукопись — единственный источник ранее неизвестных средств народной медицины.

Р. СУРМАНИДЗЕ,
кандидат медицинских наук.
Батуми.

Сообщаем подробности

Мгновенно облетела все медицинские центры планеты весть об уникальной операции по одновременной пересадке сразу трех донорских органов — сердца, легких, печени. Она впервые в мире была осуществлена британскими медиками клиники «Папуорт». Когда корреспондент «Медицинской газеты» позвонил в Кембридж, 32-летняя пациентка Давина Томпсон находилась на лечебных процедурах, и поговорить с ней не удалось. К телефону подошел Джон Уоллорк — известный хирург, под руководством которого проходила трансплантация. Можно представить себе, сколько раз брали у него интервью атакующие клинику журналисты, но даже не очень хорошая слышимость на «телефонном мосту» не могла скрыть радости врача.

Операция из будущего

— Мистер Уоллорк! Нас прежде всего интересует вопрос: чем была вызвана необходимость столь сложной операции?

— Главной причиной тройной трансплантации явилось больное сердце, для которого все традиционные методы лечения были исчерпаны, нарушение кровообращения в легких, прогрессирующий цирроз печени после перенесенного гепатита. Учитывая всю безысходность положения, мы решились пойти на этот шаг, непростой и ответственный. Давина Томпсон оказалась человеком мужественным. Она дала согласие на такую операцию, а ее муж, шахтер по профессии, поклялся сохранить в тайне предстоящую тройную пересадку, еще невиданную в мировой практике. Оставалось ждать случая, когда появится пациент-донор. В один из дней нам сообщили, что в автомобильной катастрофе погибла 14-летняя девочка.

— Как сейчас себя чувствует миссис Томпсон?

— Very well!

— Прекрасно!!

— Да.

— Расскажите подробнее.

— Теперь все волнения и опасения позади. Мы надеемся на ее скорое полное выздоровление и что она сможет вернуться домой, где ее ждет девятилетняя дочка, уже в ближайшие дни. Давина Томпсон самостоятельно, без сопровождения сиделки или медсестры, ходит заниматься на тренажерах, прогуливается по клинике, выходит в сад.

— Что было наиболее волнующим в этой беспримерной пока операции? Несколько слов о ее ходе.

— Технически она не представляла большой сложности. Прежде чем сделать ее, мы долго «нарабатывали» опыт по пересадке каждого органа в отдельности, этим и обусловлен успех данной трансплантации. Основная трудность заключалась в синхронности и четкости выполнения всем медицинским персоналом деталей, сведением воедино всех их действий. Операция длилась семь часов. Работали в одной операционной одномоментно три бригады в составе 15 человек. Помогал мне «дирижировать» за операционным столом Рой Калн, известный хирург в области трансплантации печени.

Что было наиболее волнующим? Прооперировали Давину Томпсон в среду, 17 декабря. Через два дня, когда к ней все еще не возвращалось сознание, мы забеспокоились. Только Рой Калн, утверждавший, что после пересадки печени все именно так и должно быть, сохранял спокойствие. Чтобы избежать возможной инфекции, были соблюдены строжайшие условия изоляции: больная находилась под своеобразным стеклянным колпаком. На третий день она открыла глаза и начала говорить. Мы разрешили ее мужу войти в палату, а самой пациентке — встать с постели. Вскоре ее перевели из палаты интенсивной терапии в обычную.

— Как часто, на ваш взгляд, можно проводить аналогичные операции?

— Часто? Я не думаю, что подобные операции возможно поставить на поток, тем более что такое сочетание показаний к ней является своего рода уникальным. Пациентов, нуждающихся в тройной пересадке, не очень много. К тому же я не уверен, что найдется много людей, которые бы изъявили желание рисковать. Наверное, пройдет не менее двух-трех лет, прежде чем снова потребуется такая операция.

— Не могли бы вы рассказать немного о себе?

— Ха-ха! А что вы хотите обо мне узнать?

— Как можно больше.

— Мне 40 лет. Медицину я изучал сначала в Эдинбургском университете в Шотландии, потом в Глазго, затем в Соединенных Штатах Америки у профессора Шайвея в Стамфорде. Мне кажется, единственное, о чем стоит говорить, это о хирургии. Трансплантология — моя судьба. Я проделал множество пересадок. В клинике «Папуорт» мы работаем по комплексной научной программе трансплантации сердца, легких и печени. Думаю, что останусь в Кембридже, в центре по трансплантации сердца.

— Каковы ваши планы?

— Приехать в Советский Союз в конце этого года или начале будущего. У меня нет при себе дневника в данный момент, но, насколько я помню, запланировано сотрудничество с двумя медицинскими центрами в Москве. Кажется, с хирургическим и трансплантологии.

— Мистер Уоллорк, спасибо за интервью.

— До встречи в Москве.

Интервью вела
И. ДЕМЬЯНКОВА.

Ну и ну!



Эта черепаха родилась в зоомагазине американского города Кинтаун (штат Пенсильвания) — у новорожденной оказалось две головы и шесть ног! Развитие удивительной черепахи проходит без каких-либо осложнений. «Единственная» странность малютки состоит в том, что она довольно часто стоит в нерешительности на месте, как бы соображая, куда пойти. Приняв решение, черепашка развивает внушительную скорость, благо ног у нее для этого хватает с избытком.

Владельцы магазина очень довольны случившимся. Еще бы, такая реклама — просто чудо в мире конкурентной борьбы! Теперь покупателей здесь хоть отбавляй, и хозяева подумывают о введении платы только за один вход в магазин.

(ТАСС).

Главный редактор К. В. ЩЕГЛОВ.

МЕДИЦИНСКАЯ ГАЗЕТА *выходит по средам и пятницам*

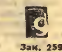
ПЕЧАТАЕТСЯ В 32 ГОРОДАХ:
Алма-Ате, Баку, Волгограде, Ворошиловграде, Днепропетровске, Донецке, Душанбе, Иркутске, Казани, Киеве, Кишиневе, Краснодаре, Красноярске, Куйбышеве, Ленинграде, Львове, Минеральных Водах, Минске, Москве, Новосибирске, Ростове-на-Дону, Свердловске, Симферополе, Ташкенте, Тбилиси, Уфе, Фрунзе, Хабаровске, Харькове, Хмельницком, Целинограде, Челябинске.

Подписка на «Медицинскую газету» производится без ограничения с любого месяца до 11 числа предыдущего месяца. Стоимость подписки: на 6 месяцев — 2 руб. 04 коп., на 3 месяца — 1 руб. 02 коп.

По вопросам подписки и доставки обращаться в отделения связи и агентства «Союзпечати».

НАШ АДРЕС	ТЕЛЕФОНЫ
129010, Москва, Б. Колхозная пл., д. 1/2	для справок — 208-85-95; отдел писем — 208-71-76; издательство — 208-85-42; бухгалтерия — 208-77-33.

Газета передана по фототелеграфу. Отпечатана в типографии изд-ва «Челябинский рабочий», г. Челябинск.



Б04503 Индекс 50075 Зак. 259